

TEMOZOLOMID (TEMODAL)

Varje behandlingsperiod består av 28 dagar (5 dagar behandling, 23 dagar uppehåll).

Ta TEMODAL på fastande mage (minst 1 timme före eller efter måltid). TEMODAL bör tas vid samma tidpunkt varje dag, förslagsvis till kvällen/natten. Kapslarna ska sväljas hela med ett glas vatten. De får **inte öppnas eller tuggas**. Om Du kräks efter att Du tagit TEMODAL-dosen ska Du inte ta en andra dos den dagen.

Om du får en **blödning** (t ex näsblod, slemhinneblödning eller lätt får blåmärken) av oklar anledning, kontakta onkologen (dagvårdsavdelningen på dagtid och vårdavdelning kvällar och helger) så snart som möjligt.

Mot illamående: Stolpiller Primperan 20 mg vid behov eller tabl Primperan 10 mg vid behov.

Inför start av kur ska Dina blodvärden vara tillräckligt bra för att vi ska kunna ge Dig en ny behandling. Om detta ej är uppfyllt kontrolleras värdena på nytt. När värdena tillåter behandling ges TEMODAL och då eventuellt med en dosjustering enligt ett speciellt schema.

Om du har problem eller funderar över något så kontakta enl. nedan.

För dig som får behandling i Uppsala gäller:
Onkologens dagvårdsavdelning
Tel 018 – 611 55 15 kl 8-11.30 vardagar.

Övriga tider ring:
78 B 018-6115475 alt.
78 C 018-6115511

För dig som får behandling i _____
gäller telefonnummer _____

Dag 1 Datum _____**T Betapred 0,5 mg, 8 tabl morgon****T Ondansetron 8 mg po 1 tablett 1½ timme före K Temodal****Din totala dagliga dos K Temodal _____ mg****Dag 2 Datum _____****T Betapred 0,5 mg, 8 tabl morgon****T Ondansetron 8 mg po 1 tablett 1½ timme före K Temodal****Din totala dagliga dos K Temodal _____ mg****Dag 3 Datum _____****T Betapred 0,5 mg, 8 tabl morgon****T Ondansetron 8 mg po 1 tablett 1½ timme före K Temodal****Din totala dagliga dos K Temodal _____ mg****Dag 4 Datum _____****T Betapred 0,5 mg, 8 tabl morgon****T Ondansetron 8 mg po 1 tablett 1½ timme före K Temodal****Din totala dagliga dos K Temodal _____ mg****Dag 5 Datum _____****T Betapred 0,5 mg, 8 tabl morgon****T Ondansetron 8 mg po 1 tablett 1½ timme före K Temodal****Din totala dagliga dos K Temodal _____ mg**

Godkänt av: _____ Ordinerat av, Läkarens underskrift _____

Delat av, ssk sign _____